

Solicitud Allianz Salud Individual

Cuestionario	Sucursal:	Mediador:	Colaborador:	Nº Póliza:
	Hora:	Inicio:	Término:	Reemplaza a:

Datos Generales:

Candidato a Tomador del Seguro:

Apellidos o Razón Social:		Nombre:	
N.I.F.:	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			
Código Postal:	Población:	Provincia:	
Teléfono:	Móvil:	Fax:	E-Mail:

Cuenta Cliente:

Banco

Código Cuenta IBAN

País	IBAN	Banco	Oficina	D.C.	Número de cuenta
------	------	-------	---------	------	------------------

Valoración del riesgo:

Datos del candidato a asegurar (si es distinto del Tomador):

Apellidos o Razón Social:		Nombre:	
N.I.F.:	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			
Código Postal:	Población:	Provincia:	
Teléfono:	Móvil:	Fax:	E-Mail:

En grupos familiares: parentesco con el asegurado principal:

¿Tiene contratado en la actualidad otro seguro de asistencia sanitaria?: ☐ No ☐ Sí

(aportar originales de póliza, suplementos y último recibo de prima para suprimir los periodos de carencia –no válido para embarazo, parto–).

Compañía:	Nº Póliza:
-----------	------------

Modalidades de contratación

Puedes consultar las primas de cada modalidad en la página web de Allianz <https://www.allianz.es/seguro-medico.html>, en el apartado de "Documentos y archivos".

Cuadro concertado

☐ 30 - CON Asistencia Primaria (dental incluido)
Copago ☐ Sí ☐ No

☐ 46 - SIN Asistencia Primaria (dental incluido)
Copago ☐ Sí ☐ No

Hospitalización (sólo cuadro concertado)

☐ 45 - HOSPITALIZACIÓN
Copago ☐ Sí ☐ No

Varios (sólo cuadro concertado)

☐ 15 - DENTAL

Reembolso

☐ 38 - REEMBOLSO BÁSICO
(Visitas a Especialistas, Pruebas diagnósticas 'Sin Quirófano y/o Hospitalización', SIN Asistencia Primaria)

☐ 39 - REEMBOLSO MEDIO
(Visitas a Especialistas, Pruebas diagnósticas 'Sin Quirófano y/o Hospitalización', CON Asistencia Primaria)

☐ 29 - REEMBOLSO COMPLETO
(Reembolso Gastos Completo CON Asistencia Primaria)

Otras formas de pago:

- A** ☐ Pago Anual Descuento del 3% **S** ☐ Pago Semestral Descuento del 1,5% **T** ☐ Pago Trimestral Descuento del 0,75% **M** ☐ Pago Mensual

Declaración de Salud:

Por favor, responda detenidamente a todas las preguntas, aunque alguna de ellas pueda parecerle irrelevante:

Altura: _____ m. Peso: _____ kg. Edad: _____ años.

¿Padece Vd. o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?

1. Alergia ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

2. Alteraciones o enfermedades del corazón, del aparato circulatorio y/o respiratorio ☐ Sí ☐ No

Tiene Hipertensión arterial en tratamiento? ☐ Sí ☐ No

☐ Angina de pecho-infarto ☐ Arritmia ☐ Varices ☐ Enfermedades ¿Cuál? _____

3. Alteraciones o enfermedades del aparato digestivo ☐ Sí ☐ No

☐ Úlcera Cólica hepático (piedras en la vesícula) ☐ Hepatitis ☐ Cirrosis ☐ Hemorroides ☐ Hernia/Eventración ¿cuál? _____

☐ Hernia de Hiato ☐ Hernia Umbilical ☐ Hernia Inguinal ☐ Izq. ☐ Der. _____

4. Alteraciones o enfermedades del riñón o vías urinarias ☐ Sí ☐ No

☐ Cólico nefrítico (piedras en el riñón) ☐ Insuficiencia renal ☐ Enfermedades de próstata/Hiperplasia Benigna (HPB)

5. Tiene o ha tenido alteraciones o enfermedades de los huesos, articulaciones o de la columna vertebral ☐ Sí ☐ No

☐ Alguna malformación o enfermedad de nacimiento ¿Cuál? _____

☐ Alguna limitación física o invalidez ¿cuál? _____

☐ Luxación de Hombro Recidivante ☐ Dolor de espalda ☐ Artrosis ☐ Reuma ☐ Hernia discal ☐ Izq. ☐ Der. ¿cuál? _____

☐ Cérvico Dorsal ☐ Lumbosacra ☐ Lesiones de rodilla (Meniscopatías) ☐ Izq. ☐ Der. ☐ Lesiones de rodilla (Ligamentosas)

☐ Izq. ☐ Der. _____

6. Alteraciones o enfermedades de los ojos ☐ Sí ☐ No

☐ Cataratas ☐ Glaucoma ☐ Miopía (>8 dioptrías) ☐ Desprendimiento de retina ☐ Izq. ☐ Der. _____

7. Alteraciones o enfermedades del sistema nervioso, mentales o consumo de drogas ☐ Sí ☐ No

☐ Epilepsia ☐ Embolias o hemorragias cerebrales ☐ Parálisis Enfermedades mentales: ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

Ansiedad/Depresión: ☐ Psicosis Neurosis ☐ Anorexia-bulimia

¿Fuma? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Consume algún tipo de drogas? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

8. Alteraciones Hormonales o Endocrinas

☐ Es diabético (tiene azúcar en la sangre) ☐ Sí ☐ No ¿desde cuándo se trata? _____

☐ Bocio ☐ Gota ☐ Obesidad

Enfermedades de tiroides ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? ☐ Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo ☐ Nódulo de tiroides

9. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad ginecológica, o tumores, bultos o enfermedades de las mamas?

☐ Mioma ☐ Endometriosis ☐ Quiste de Ovario ☐ Cistocele-Rectocele ☐ Papilovirus Humano (HPV)

☐ Otras enfermedades ¿cuál? _____

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

10. ¿Ha sido Vd. hospitalizado en los últimos cinco años? ☐ Sí ☐ No

☐ Para tratamiento médico. ☐ Sí ☐ No Motivo: _____

¿Cuánto tiempo? _____ ¿En qué hospital? _____ ¿Cuándo? _____

☐ Para intervención quirúrgica. ☐ Sí ☐ No Motivo: _____

¿En qué hospital? _____ ¿Cuándo? _____

11. ¿Ha sido sometido durante el último año a ecografías, pruebas de esfuerzo, TAC, resonancia magnética, endoscopia u otras pruebas? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____ Motivo: _____ Resultado: _____

12. ¿Ha sido diagnosticado de cáncer o principio o indicio de cáncer?* ☐ Sí ☐ No

** Según el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio sobre el olvido oncológico, no tiene usted obligación de responder que sí a esta pregunta una vez transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical de la patología oncológica sin recaída posterior.*

¿Cuál?

☐ Aparato respiratorio ☐ Aparato digestivo ☐ Aparato genitourinario ☐ Aparato locomotor ☐ Sistema endocrino

☐ Garganta-nariz-oido

☐ Otros ¿Cuál?:

13. ¿Tiene Vd. o ha tenido alguna otra enfermedad o afección que no le hayamos preguntado? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?

☐ He recibido la Nota Informativa del producto Allianz Salud de acuerdo al Estudio que se me ha presentado.

Firma de la persona a asegurar

Directiva de distribución de seguros

He recibido la Nota Informativa del producto Allianz Salud de acuerdo al Estudio que se me ha presentado

Con base en la información que con carácter previo a la contratación nos ha proporcionado, hemos determinado que este seguro se ajusta a sus exigencias y necesidades al estar dirigido a personas que desean proteger, por medio de la sanidad privada, la salud del/los asegurados designado/os.

Información básica sobre protección de datos

Responsable	Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Categorías de datos que podemos tratar	Datos identificativos, de contacto, relativos a sus características personales o circunstancias sociales y familiares o sociodemográficas, datos económicos y financieros, datos sobre el riesgo asegurado y datos relativos a su salud.
Finalidades	Sus datos serán tratados con las siguientes finalidades (i) atender su solicitud de contacto y ponernos en contacto contigo (ii) realización de valoraciones, selección, comprobación y tarificaciones de riesgo para el cálculo de la prima; (iii) contratación, mantenimiento, desarrollo y control del seguro o plan de pensiones contratado; (iv) prevención del fraude a través de la consulta y cesión de los datos a ficheros de prevención del fraude; (v) prevención de la morosidad y valorar la solvencia patrimonial de nuestros asegurados a través de la consulta de ficheros de solvencia crediticia; (vi) llevar a cabo las comprobaciones correspondientes conforme a lo establecido en la legislación en material de prevención de capitales y financiación del terrorismo; (vii) elaboración de perfiles con fines actuariales y análisis de mercado (viii) mercadotecnia directa a través de la creación de un perfil comercial para determinar cuáles son sus preferencias e intereses; (ix) con fines publicitarios y de prospección comercial a través del envío de comunicaciones comerciales de productos propios y sobre productos y servicios del resto de entidades del Grupo Allianz; (x) realización de los test de exigencias y necesidades así como de idoneidad para la determinación de sus exigencias, necesidades, conocimientos y experiencia antes de la contratación de un producto; (xi) mejorar su experiencia y satisfacción como cliente a través de encuestas o estudios de mercado; (xii) anonimización de sus datos que tratamos; así como (xiii) realización de ejercicios de prevención y análisis de vulnerabilidades.

Procedencia de sus datos	Hemos obtenido sus datos de su distribuidor de seguros, tales como su agente o corredor de seguros (en caso de disponer de él).
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web https://allianz.es/privacidad-seguridad

El contratante ha consentido expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios para la contratación del seguro, y adicionalmente consiente para:

- Fines publicitarios y de prospección comercial. SI ☐ NO ☐
- Cesión a las demás entidades del GRUPO Allianz (consultables en www.allianz.es), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y que puedan ser de su interés. SI ☐ NO ☐
- Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un "perfil comercial" en base a la información facilitada. SI ☐ NO ☐

Información de interés para el candidato a tomador de seguro:

Legislación Aplicable: Este contrato de seguro está sometida a la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En cuanto a distribución, Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, a través del cual se traspone entre otras directivas de la Unión Europea la directiva de seguros privados y de planes de pensiones, normativa reguladora de la actividad del consorcio de compensación de seguros, a las modificaciones y adaptaciones de estas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias, así como a cualquier otra legislación que le sea de aplicación durante su vigencia.

El Tomador tiene a su disposición las siguientes instancias de reclamación:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos, puede usted dirigirse a la Compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: C/ Tarragona, 109-08014- Apartado de correos n 38, 08080 de Barcelona, E.mail: ddc@allianz.es, www.allianz.es, así como en cualquier acudiendo a cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con el Reglamento del Departamento para la Defensa del Cliente que se encuentra a su disposición en la web y en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta dentro del plazo máximo señalado en este último.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente o transcurrido un plazo de dos meses desde la fecha de presentación de esta ante el Departamento de Defensa del Cliente sin que haya sido resuelta, podrá presentar queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, ubicado en Paseo de la Castellana, n 44, 28046 de Madrid.

En _____ a _____ de _____ de _____
 El Tomador La persona a asegurar El Mediador